FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 446

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Baptiste COLBERT DE BEAULIEU

Né à Paris le 26 décembre 1905

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FAUX SYNDROMES

DE PTOSE GASTRIQUE

ET DES PTOSES COMPLIQUÉES

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

445

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Baptiste COLBERT DE BEAULIEU

Né à Paris le 26 décembre 1905

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FAUX SYNDROMES

DE PTOSE GASTRIQUE

ET DES PTOSES COMPLIQUÉES

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REFTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

74179

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES CHERS PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

et tout spécialement à

M. le Professeur agrégé VEAUX

Sous la direction si vraiment paternelle de qui j'ai eu le privilège d'accomplir mes études et dont j'ai reçu la leçon et l'exemple du travail.

A M. le Professeur BEZANÇON

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de sincère gratitude.

A M. le Docteur QUENTIN

Chef du Laboratoire et Médecin consultant à l'Hôtel-Dieu
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons été l'élève et qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance et notre respectueuse affection.

A MES MAITRES HONORÉS

MM. les Professeurs :

FOLLET, Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes ;
Professeur de Clinique Médicale.

MARQUIS, Professeur de Clinique Chirurgicale.

HARDOUIN, Professeur de Clinique Obstétricale.

BAUDET, BODIN, BOURDINIÈRE, CASTEX, CHENET,
CHEVREL, HUCHET, LAUTIER, LEFEUVRE,
LE GAL LA SALLE, MILLARDET, PELLÉ, PERRIER,
de l'Ecole de Médecine de Rennes

A MM. les Docteurs LEFÈVRE et OLIVIÉRI

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

INTRODUCTION

Les divers syndromes douloureux de la région épigastrique constituent l'un des chapitres les plus discutés et peut-être les moins définis de la pathologie abdominale. Si l'on excepte certains tableaux cliniques vraiment caractéristiques, comme, par exemple, l'ulcère de l'estomac, les divers syndromes douloureux du tube digestif abdominal supérieur et du carrefour sous-hépatique présentent une telle similitude qu'il est souvent difficile à l'examen du malade de mettre une « étiquette » certaine sur son affection. La plus commune et parfois la seule expression de tous les troubles de cette région, où se trouvent étroitement voisins l'estomac, le pylore, le duodénum, les voies biliaires, voire même le foie et le côlon c'est la Douleur. Aussi les auteurs se sont-ils appliqués à l'étudier dans les différentes variétés que conditionnent sa nature, son horaire, sa durée, sa localisation, ses irradiations, sa provocation expérimentale.

Il peut paraître bien téméraire qu'après tant de travaux importants anciens et récents, qui semblent avoir épuisé la question, un débutant en la matière reprenne

une des phases de ce problème, en interrogeant précisément le symptôme douleur, qui, depuis Glénard n'a cessé d'être l'objet d'une constante observation. Cependant nous avons cru pouvoir discerner certains caractères qui nous ont paru non négligeables et qui, nous l'espérons, apporteront une certaine aide dans le diagnostic des faux syndromes de ptose et des ptoses compliquées d'adhérences, qui font l'objet de ce travail.

L'examen somatique du ptosique comporte principalement, tout le monde le reconnaît, l'exploration du plexus solaire par l'épreuve de la sangle de F. Glénard (1) et par la recherche de la « douleur-signal » de Leven (2). Ces deux signes, lorsqu'ils sont constatés, sont considérés comme caractéristiques, comme pathognomoniques d'une ptose gastrique. L' « épreuve de la sangle » indique qu'il y a ptose ; le signe de Leven permet de déterminer la limite inférieure de l'estomac ; l'examen radiologique confirme habituellement ces données acquises.

Or, nous avons observé des malades qui, souffrant de l'étage supérieur de l'abdomen, NE PRÉSENTANT PAS LES SIGNES PHYSIQUES HABITUELS DES PTOSIQUES, ayant notamment un habitus, une forme du ventre différente de ceux des ptosiques, avec un estomac radiologiquement normal ou même petit, des intestins en place, des viscères non ectopiés ÉTAIENT CEPENDANT NETTEMENT SOULAGÉS PAR LA CONTENTION ABDOMINALE ET PAR LA MANŒUVRE DE LEVEN.

L'observation nous a démontré que ces malades sont justiciables de la Sangle, bien que n'étant pas des ptosiques, mais que chez eux le point douloureux spontané ou à l'exploration qui disparaît en relevant la masse abdominale ne correspond pas le plus souvent au point épigastrique. Il faut en chercher le siège en un point où se sont produites des néoformations de périviscérites ou des rétractions inflammatoires d'abord, puis cicatricielles des ligaments normaux de soutien.

DIVISION DU SUJET

Historique.

Nous tracerons tout d'abord l'historique succinct des travaux qui ont donné à la ptose gastrique son individualité clinique depuis le milieu du siècle dernier.

Clinique.

Nous avons estimé indispensable, au début d'un travail consacré à un chapitre des ptoses abdominales, de rappeler les notions classiques, dans les textes mêmes des auteurs primordiaux, sur l'étiologie et la symptomatologie des ptoses, nous étendant plus spécialement sur les méthodes d'examen clinique et les signes radiologiques.

Observations.

Nous étudierons ensuite les dispositions anatomopathologiques dans lesquelles les épreuves de « la Sangle » et de la « douleur-signal » sont positives, mais se fondent sur l'existence d'une douleur viscérale. A l'appui de ces considérations nous produirons deux

ordres d'observations : celles dans lesquelles l'examen du malade rappelle celui des ptosiques, bien qu'en réalité l'estomac soit parfaitement normal,et celles dans lesquelles nous trouverons deux douleurs soulagées par la contention abdominale, l'une se rapportant à une ptose réellement constatée et l'autre à l'existence d'un état lésionnel siégeant au niveau du carrefour sous-hépatique.

Conclusions.

Enfin nous nous efforcerons dans notre conclusion, de mettre particulièrement en relief toute la valeur des signes jusqu'ici appliqués exclusivement aux ptoses, dans le diagnostic des périviscérites du carrefour sous hépatique.

HISTORIQUE

Il serait présomptueux de vouloir citer tous les travaux, concernant la ptose de l'estomac, qui ont suivi la description par Cruveilhier (1), en 1849, de la « dislocation verticale » de cet organe. Nous choisirons ceux dont l'intérêt ne pourrait être passé sous silence.

Bouveret et Chapotot décrivirent, plus tard, chez les femmes, une maladie gastro-intestinale, rançon de leur coquetterie, dont ils rendirent responsable le port du corset. La mode d'alors connut « la maladie du corset ».

Ce n'est qu'en 1899, que F. Glénard (1) publia sa magistrale étude sur la question. C'est lui qui a donné, en effet, à la « ptose de l'estomac » ce nom en la rattachant à la « Splanchnoptose ». Pour cet auteur, le déséquilibre des organes abdominaux serait le plus souvent l'expression secondaire d'une diathèse : « l'hépatisme », mais pourrait reconnaître aussi comme cause primi-

(1) Nous avons décidé de n'inscrire à l'index bibliographique que les travaux d'une application directe à ce sujet.

N. B. — La bibliographie complète des auteurs cités fait l'objet d'un titre spécial à la fin de ce travail.

tive les traumatismes, l'effort, la chute, l'accouchement. C'est Glénard qui, décrivant l'épreuve de la Sangle en a fait une indication formelle diagnostique et thérapeutique. « Relevez, dit-il, la masse abdominale, tout en comprimant le ventre, et alors vous donnerez conscience au malade que vous avez atteint la source de ses maux ».

Les diverses études qui, depuis Glénard, ont été consacrées à la ptose, ont discuté jusqu'à son nom. Contestée par Bouchard, qui admet seulement la dilatation, elle s'appelle « dolichogastrie » pour Martini et Comas (3), « allongement vertical » pour Faroy (4) et Chevalier (5), « étirement » pour d'autres. Il s'en faut encore aujourd'hui que l'accord ne soit fait.

Après les thèses de Gazagnaire (6) en 1911, et de Colanéri (7) en 1919, travaux importants qui mirent au point la question à leur époque, Leven (2) dans son ouvrage « la Dyspepsie » précisa un moyen nouveau du diagnostic de la ptose. Ce moyen, basé sur la signification pathogénique de la douleur solaire, dit procédé de « la douleur-signal », est signalé par Gaston Durand (8) et par Guttmann (9) comme le complément indispensable de la « manœuvre de la Sangle » de Glénard dans l'examen d'un ptosique.

Il faut citer encore les notions établies par Enriquez (10), G. Durand (8) et Raulot-Lapointe concernant certains malades chez lesquels la réductibilité de l'estomac est rendue impossible par la présence de périviscérites « fixant » l'organe.

Nous serons amené à donner, au cours de notre

exposé, des renseignements bibliographiques complémentaires, communs à tous les chapitres de la gastro-entérologie, qui ne seraient pas à leur place dans un aperçu historique particulier aux ptoses.

En résumé, deux noms dominent l'étude symptomatologique de la ptose gastrique : ceux de Glénard et de Leven. Grâce à eux nous pourrons aborder l'examen clinique d'un ptosique avec la certitude de mettre en évidence son affection.

ETUDE DE LA PTOSE GASTRIQUE

1° Définition

« Il s'en faut que la question des ptoses soit simple, constate Guttmann (9), son nom seul est un sujet de discussion ». Nous avons dit comment le terme nosologique de Glénard était devenu « la dislocation verticale », « l'allongement vertical », « l'étirement de l'estomac », « la dolichogastrie ». La définition en est essentiellement variable selon les auteurs.

Pour Colanéri (7), « la ptose est une affection caractérisée anatomiquement par un déplacement vertical de l'estomac reconnu aux rayons X et contrôlés dans diverses positions ; cliniquement, par des symptômes fonctionnels et physiques particuliers, simulant le plus souvent ceux provoqués par des lésions organiques ».

Leven (2) admet le bien-fondé de la différenciation théorique et radiologique entre la ptose véritable, avec perte du contact diaphragmatique, et la dilatation du segment inférieur observée le plus souvent. Pour lui l'estomac ptosé présenterait toujours un degré extrême de dilatation.

L'opinion de G. Durand est admise et citée par Gannat (11) en 1926 dans sa thèse : « La ptose gastrique est, au total, un complexus morbide dont les éléments se combinent en proportion variable, suivant les individus, et suivant les circonstances pathologiques ».

L'imprécision d'une définition aussi prudente fait attendre une symptomatologie vague où se combinent des facteurs étiologiques divers à effets variables selon les individus. Elle nous dispense d'essayer de donner à ce syndrome une définition nouvelle et personnelle !

2° Etiologie. Pathogénie

On a rendu responsables de la ptose les facteurs les plus divers. Les déficiences organiques entraînant l'insuffisance des parois de l'abdomen, l'allongement des moyens de fixité de l'estomac et le relâchement de sa musculature propre sont les causes les plus courantes.

Mais, il y a un « terrain » ptosique. C'est F. Glénard qui le premier attira l'attention sur ce point avec une clairvoyance que les données récentes sur les états endocriniens ont particulièrement mise en relief. Pour Glénard la splanchnoptose avait pour raison étiologique l'insuffisance hépatique. Après lui, des auteurs se sont efforcés de limiter la valeur de cette opinion.

Les notions classiques chaque jour plus étudiées des insuffisances endocriniennes ont permis aujourd'hui de confirmer, au moins en partie, les travaux du grand clinicien, en attribuant à l'insuffisance de la glande hépatique un rôle incontestable et important.

Une étude récente de Pascault (12) à ce sujet, affirme la relation entre la ptose et le syndrome révélé par Glénard sous le nom « d'hépatisme ».

Léopold-Lévi (13) a rapproché la ptose du « tempérament hypothyroïdien ». Ce médecin partage la responsabilité entre le mauvais fonctionnement du foie et l'instabilité plurigandulaire surtout thyroïdienne.

Ledoux et Tisserand ont noté la fréquence de la déminéralisation. La question est sans doute délicate de savoir si elle est primitive ou secondaire.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ces données que la ptose abdominale est une affection en quelque sorte congénitale, qui se manifeste, tout comme une hernie, chez des prédisposés. Les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes en raison de la faiblesse constitutionnelle de leurs parois, de la dislocation et de la distension dues à la grossesse et à l'accouchement.

3° **Symptomatologie**

a) Examen somatique du malade.

Le ptosique est en général un individu long et maigre, un longiligne. Debout, l'aspect de son abdomen est caractéristique. « Son ventre est en besace, flasque, saillant au-dessous de l'ombilic, en contraste avec l'évidement du creux épigastrique ». (G. Durand). Son profil indique une ensellure lombaire (Volkow).

On peut aisément constater en faisant coucher le malade que son estomac clapote à la palpation. Diverses méthodes reposant sur ce signe ont la prétention de

préciser la limite inférieure de l'estomac, soit que l'on recherche, par la palpation seule, le clapotage, soit encore par l'auscultation (Lœper) (14), soit enfin que l'on pratique l'auscultation associée à la percussion selon la méthode de Faroy.

En réalité, les seules indications cliniques vraiment positives et certaines nous seront fournies par l'exploration systématique de la sensibilité du plexus solaire. Nous verrons qu'à l'aide de ces données sérieuses nous pourrons, non seulement, affirmer l'existence d'une ptose mais encore en déterminer le degré.

Leven, dans son étude sur le symptôme douleur en pathologie gastrique, a bien mis en relief l'existence de deux douleurs gastriques : la douleur solaire et la douleur viscérale.

La douleur solaire, liée à l'hyperesthésie du plexus solaire, « est celle qui se manifeste sous la forme de crises légères ou fortes, à des intervalles variables ; c'est celle qui est exprimée par les malades en termes différents, car la douleur proprement dite est parfois remplacée par des sensations de tension douloureuse, de pesanteur, de brûlures, de tiraillements analogues à ceux de la faim, par la dyspnée, etc... Légère ou très vive, tolérable ou insupportable alors même qu'elle a les caractères d'une « douleur en broche », elle indique les degrés divers de l'hyperesthésie solaire ».

La pression simple aux creux épigastrique chez un ptosique est fortement ressentie. « Elle éveille ou exalte la douleur solaire en dehors des accès spontanément douloureux ».

La douleur viscérale est bien différente. Tandis que la première siège au creux épigastrique en un point bien défini, toujours le même, et que le malade désigne avec un seul doigt, sur la ligne médiane, la douleur viscérale siège en dehors de cette ligne, n'importe où se trouve l'organe, que ce soit le point de Mac Burney, la région inguinale ou le pubis, elle indique en outre la présence incontestable d'une lésion.

Dès 1899, Glénard avait décrit cette douleur solaire et il avait constaté qu'elle disparaît ou s'atténue si on relève la masse intestinale et gastrique. Pour pratiquer la manœuvre de Glénard, le médecin assis place le malade debout contre un mur. A l'aide de ses mains il remonte le contenu de l'abdomen tombant Le soulagement est immédiat. « Vous donnez conscience au malade que vous avez atteint la source de ses maux. » Le médecin cesse alors brusquement sa pression, le patient pâlit, chancelle, ressent une douleur vive pouvant aller jusqu'au vertige.

Cette manœuvre et ce « signe de Glénard » fournissent une indication clinique de la plus grande valeur pour le diagnostic et le traitement de la ptose gastrique.

Grâce à Leven, nous sommes en possession d'un second moyen d'investigation clinique qui va nous permettre de préciser la situation de la limite inférieure de l'organe, ce procédé a reçu de Leven le nom de « recherche de la douleur-signal ». Il est basé sur la constatation de Glénard, effectuée sous le contrôle de l'écran radioscopique. « L'hyperesthésie du plexus solaire, due aux tiraillements de ses filets nerveux par un estomac

dilaté et allongé, prend fin dès que l'estomac est relevé et que cette traction est supprimée. Chez tous ces malades vous pouvez provoquer une douleur vive en exerçant une pression au niveau de la ligne médiane, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, à égale distance de ces deux points de repère. » Précisant cette notion fondamentale, Leven a constaté que la douleur médio-épigastrique à la pression « est supprimée complètement ou diminuée considérablement par le relèvement des régions déclives de l'estomac, si minime que soit ce relèvement, effectué sous le contrôle de l'examen radioscopique ».

Il résulte de cette étude que nous sommes là en possession d'un moyen qui pourra nous permettre de déterminer par un examen purement clinique la situation du bord inférieur de l'estomac.

La technique décrite par Leven, « la plus simple, celle qui n'exige pas le concours d'un aide est la suivante : le médecin se place derrière le malade, en position debout ; de la main droite il cherche à localiser le point le plus douloureux à la pression, dans la région indiquée plus haut.

« Puis avec le bord cubital de la main gauche, placée perpendiculairement à la paroi, il explore l'abdomen de bas en haut, successivement à gauche de la ligne médiane, sur la ligne médiane, et enfin à droite de la ligne médiane.

« Ces explorations seront commencées à la limite inférieure de l'abdomen et dans ces trois régions, gauche,

médiane et même droite parce que l'estomac dilaté et allongé peut être dévié très loin vers la droite.

« Au cours de ces manœuvres, la main gauche, qui déprime l'abdomen, parvient à rencontrer la limite inférieure de l'estomac. Ce contact détermine un soulèvement léger du viscère immédiatement suivi de la diminution ou de la disparition de la sensibilité épigastrique, dont le malade est prié d'accuser les variations pendant ces recherches.

« La douleur reparaît aussitôt que la main cesse de soulever l'estomac. Il en résulte que la « douleur-signal », par la suppression ou sa réapparition nous démontre que nous avons trouvé les limites inférieures de l'estomac.

b) **Les signes fonctionnels. Leur valeur.**

Un seul signe fonctionnel domine ; c'est la douleur. Il n'est pas une seule plainte prise isolément, une seule de ces lamentations interminables qui soit propre à la ptose. L'interrogatoire du ptosique ressemble à s'y méprendre à celui du dyspeptique. Et l'on s'y méprend souvent.

En réalité, on peut distinguer deux catégories de malades. Ceux qui sont atteints du syndrome de la dyspepsie hyposthénique et... les autres.

Les premiers, les mieux partagés, ressentent dès leur repas terminé, une sensation de pesanteur abdominale pénible qui les force à s'étendre. L'intensité de ces malaises est souvent proportionnelle à la quantité des aliments ingérés : parfois, nous en avons observé un cas

très typique, elle est beaucoup plus marquée pour les liquides que pour les solides.

D'instinct ces malades se rationnent. Ce sont souvent de jeunes femmes souffreteuses et amaigries, toujours assises et fatiguées à qui « un rien fait mal », qui ont un « appétit d'oiseau » et qui ne font aucun effort pour vaincre cette anorexie spéciale et sortir du cercle vicieux.

Petit à petit, ils s'acheminent anatomiquement et cliniquement vers cette deuxième catégorie plus riche encore en souffrances et qui groupe divers syndromes que nous allons rapidement décrire : le syndrome solaire, le syndrome hépatique, le syndrome duodéno-intestinal et le syndrome de périviscérites surajouté. Les malades se rattachent le plus souvent par les signes qu'ils présentent à l'une ou l'autre de ces séries douloureuses, mais il en est dont l'ensemble symptomatique est si varié qu'on peut les reconnaître toutes.

1° Le syndrome solaire.

Nous avons déjà, citant les textes mêmes de Glénard et de Leven, étudié le syndrome solaire.

La douleur siège au creux épigastrique et résulte des tiraillements sur le plexus solaire des organes abdominaux ptosés. Elle se présente tantôt sous la forme de brûlures ou de pesanteurs banales, tantôt sous la forme de sensations très pénibles d'arrachement ou de torsion. Ce sont aussi parfois, seuls ou surajoutés, des « équivalents », selon le mot de Leven. Telle la dyspnée post-prandiale dont l'intensité « étouffe » souvent le malade dès qu'il a commencé son pauvre repas.

Quand l'affection est déjà ancienne, le syndrome douloureux peut devenir un état continuel, persistant même la nuit, avec des aggravations paroxystiques à plus ou moins grandes distances des ingestions. La névralgie solaire est devenue la névrite solaire, la « solarite » de Moutier.

Un caractère très particulier à la ptose, très évident le plus souvent, est que ces malaises, ces douleurs ou ces crises sont soulagées immédiatement par le decubitus horizontal. Particularité bénie des patients !

On a groupé sous le nom de syndrome orthostatique une série de signes dont l'apparition ou la disparition sont subordonnées à la position du sujet par rapport à la verticale. Ce sont la tachycardie, l'hypotension, la pâleur, la lassitude orthostatiques.

Il est rare que le médecin, examinant un ptosique, ne puisse déceler au moins un de ces symptômes.

A l'étude du syndrome solaire est souvent rattachée celle de la névrose des ptosés, signalée aussi par Glénard. Il y a une connexion morbide manifeste entre l'estomac et le cerveau. Nos grands-pères ont donné à bon escient au caractère chagrin des hypochondriaques une dénomination dont l'étymologie relève de la topographie abdominale. L'atteinte secondaire du psychisme se manifeste le plus gravement par cette anorexie si spéciale et si sincère de ces malades qui inconsciemment n'ont plus d'appétit pour ne plus souffrir.

En résumé le syndrome solaire domine la pathologie du ptosique. On peut être certain de le rencontrer toujours. Il se présente, il est vrai, sous des aspects et des

intensités variables, mais nous ne perdrons pas de vue cette notion. C'est en explorant systématiquement la sensibilité du plexus solaire chez les malades de l'estomac que nous « détecterons » le plus sûrement ceux qui nous occupent.

2° Le syndrome hépatique.

L'œuvre de Glénard est pour ainsi dire consacrée tout entière à la théorie de « l'hépatisme ». Nous avons déjà indiqué dans quelles proportions il convenait d'admettre aujourd'hui le rôle étiologique du foie dans la ptose intestinale et gastrique. Certains cliniciens comme Faroy (4), affirment que les phénomènes observés dans ce domaine relèvent d'une altération de l'organe secondaire à la ptose et non primitive.

D'autres restent les partisans convaincus de l'importance réelle de l'insuffisance hépatique dans la pathogénie du déséquilibre abdominal.

Quoi qu'il en soit, le clinicien devra toujours mettre en évidence les éléments constituant le syndrome hépatique.

Cinq signes fondamentaux sont désignés par Pascault (12) comme indices usuels d'insuffisance du foie :

1° Digestion défectueuse des graisses et souvent des œufs et du lait ;

2° Sommeil mauvais, agité ou troublé par des cauchemars ;

3° Réveil pénible, avec bouche amère, nausées, céphalées et sensation paradoxale de fatigue au lever ;

4° Sensibilité superficielle au creux épigastrique, au niveau du lobe gauche du foie ;

5° Epreuve de la Sangle positive.

Comme on le voit, la théorie de Glénard compte encore de fermes et autorisés défenseurs !

3° Le syndrome duodénal.

Le syndrome duodénal étudié récemment par de Luna (15) est divisé par cet auteur en deux sous-syndromes :

a) Le syndrome pyloro-duodénal, répondant à une gêne de l'évacuation gastrique. L'étirement du pylore donne naissance à un spasme. Nous nous retrouvons en présence des signes habituels, des douleurs tardives avec vomissements fréquents ;

b) Le syndrome duodénal proprement dit répond à une ptose en masse du pylore et du duodénum, en partie ou en totalité (voir Quentin) (24). Les douleurs sont plus tardives, les nausées fréquentes, mais les vomissements alimentaires rares. Il y a alternances de périodes de constipation et de débâcles diarrhéiques.

Il y a participation assez fréquente dans cette forme duodénale de symptômes hépato-vésiculaires. Le point vésiculaire est douloureux, il y a des vomissements bilieux, parfois même le médecin constatera du subictère.

4° Le syndrome intestinal.

Enfin l'estomac tombé peut donner lieu à des perturbations statiques de l'intestin, sous la forme de cou-

dures entraînant la stase et la constipation. Ce déséquilibre retentissant sur le reste du tube digestif inférieur, par insuffisance motrice secondaire et mauvais fonctionnement chimique, peut provoquer des troubles comparables à ceux de l'entéro-colite muco-membraneuse.

5° Le syndrome de périviscérites surajouté.

Il convient, avec Galtmann (3), d'attirer l'attention sur la fréquence de la « fixation » des plèvres par les périviscérites.

Cette modification organique apporte un trouble singulier dans la symptomatologie habituelle. La présence de ces adhérences peut faire que certains malades souffrent plus encore couchés que debout. Ceux-là ont, selon la constatation de G. Durand et de Roulet, exposés un « signe de la sangle inverse » qui rend intolérable et intolérable tout appareil de contention.

c) Les signes radiologiques.

Nous aurions pu, chemin faisant, au cours de notre aperçu clinique, indiquer la forme radiologique se rapportant à chaque catégorie. Ce genre d'exposé eût été beaucoup trop théorique et fastidieux.

Un même ensemble clinique dans deux malades extérieurement comparables peut très bien représenter deux degrés anatomiques fort différents de gravité. De même un état lésionnel soigneusement défini peut se traduire par des symptômes tellement opposés aux

points cardinaux du diagnostic qu'il vaut mieux, pour rester prudent, ne pas trop systématiser.

Nous avons préféré consacrer à l'examen radiologique un paragraphe spécial indiquant seulement les caractéristiques habituelles d'un estomac normal et, à titre d'exemple, celles d'un estomac moyennement ptosé.

1° Estomac normal.

Décrivons donc comment se présente à l'écran radioscopique le type moyen d'estomac normal. Considérons sa forme, sa tonicité, ses contractions, sa mobilité et son mode de remplissage et d'évacuation.

Le sujet en station debout, l'estomac apparaît, rempli de bouillie opaque, comme une ombre verticale occupant l'hypochondre gauche ; une large surface transparente avec la partie inférieure du diaphragme continue cette ombre vers le haut : c'est la chambre à air gastrique. Au niveau approximatif de l'ombilic une courbure vers la droite la termine brusquement. La petite courbure suit verticalement la colonne vertébrale. La région pylorique est transversalement disposée au dedans d'un corps vertébral.

A l'état de vacuité l'organe est seulement indiqué par sa chambre à air, ses parois étant absolument accolées au dessous. La tonicité du muscle gastrique est la raison d'être de cet accolement. Cette faculté est la manifestation particulière de l'élasticité du tissu musculaire normal. Elle est aussi importante à étudier que la forme. Nous rappellerons seulement que la tonicité

physiologique de l'estomac lui donne un aspect classique en J.

Les contractions ou ondes péristaltiques siègent surtout sur la grande courbure. Elles se dirigent, de haut en bas, vers l'antre pylorique et s'exagèrent à ce niveau en véritables « mouvements d'expression ».

La mobilité physiologique de l'estomac est considérable. Un de nos Maîtres, le Pr Follet (20), dans une leçon à ses stagiaires disait un jour : « C'est un organe veule l'estomac, il n'a aucune volonté, aucune dignité, il se met là où il y a de la place ». Les seuls points fixes sont la « zone d'insertion » représentée par le cardia, la petite courbure et le pylore. La plus grande surface est libre.

Le mode de remplissage est une notion qui se rapporte surtout à l'étude de la tonicité. L'estomac orthotonique « adaptant constamment ses parois à son contenu » (Leven), il en résulte qu'une faible quantité de bouillie bismuthée devra faire apparaître une mince zone tubulaire remontant jusqu'à la chambre à air. Au contraire, lorsque l'estomac « se remplit comme un vase inerte » (Leven), c'est là un indice certain que le tonus musculaire est très déficient.

Le mode d'évacuation est fonction péristaltisme, ou de la contractilité du muscle. Chacun sait que normalement l'estomac doit être vide au plus tard six heures après l'ingestion de l'index opaque. Mais il nous semble déjà légitime, avec le Pr Quentin (21), de considérer comme suspect un délai d'évacuation dépassant trois à quatre heures.

2° ESTOMAC PTOSÉ.

Il est évident que l'on commet un abus de langage en accusant d'être ptosés des estomacs seulement coupables d'avoir un bas-fond même considérablement au-dessous de la limite normale, s'il n'y a pas perte du contact diaphragmatique. Nous avons adopté ce mot et nous en continuerons délibérément l'usage, parce qu'il parle mieux à l'esprit que les diverses dénominations plus exactes peut-être, mais souvent encore incomplètes et moins significatives.

Un mot rigoureusement choisi peut avoir dans certains cas une importance secondaire. L'essentiel est sans doute que tous les termes employés pour désigner la même chose reçoivent dans tous les dictionnaires la même définition.

Nous envisagerons maintenant ce que peuvent être, lorsque l'estomac est moyennement ptosé, sa forme, sa tonicité, sa contractilité, sa mobilité et son mode de remplissage et d'évacuation.

La forme de l'estomac physiologique peut varier à l'infini. C'est un viscère trop mobile, trop « plein de sympathie pour les autres organes » (Moynihan), pour rester fidèle au poste que lui assignerait une espèce d'anatomie théorique ! Il serait très imprudent de se former une opinion sur la seule constatation d'un allongement apparent du diamètre longitudinal, sauf le cas où le degré même ne peut laisser aucun doute au praticien. Il est bien des malades dont le seul signe radiologique sera la présence d'un estomac extrêmement allongé. Il

en est même dont la limite inférieure atteint le pubis !

Par contre, la diminution du tonus est une particularité assez caractéristique de la ptose moyenne. Nous avons exposé plus haut comment le mode de remplissage nous fournit un renseignement fondamental. L'estomac atone devenu « un vase inerte », la bouillie opaque tombe au fond, et s'y accumule. La quantité nécessaire pour atteindre la chambre à air devient considérable. Elle passe de 30 à 40 cm^3 pour un estomac normal orthotonique, à plusieurs centaines de grammes !

Lorsque la ptose atteint un degré tel que l'atonie est considérable, le mode de remplissage peut présenter une particularité. On voit le liquide s'accumuler dans le bas-fond et un étranglement de plus en plus serré se former entre cette masse inférieure étalée et la chambre à air. C'est le phénomène de la biloculation temporaire. Il disparaît, à l'encontre, de la biloculation des sténoses médiogastriques, dès que l'on relève le contenu abdominal.

La contractilité va de pair avec l'atonie; aussi les contractions péristaltiques sont-elles d'ordinaire insuffisantes. Mais dans certains cas de ptose avec spasme pylorique nous pouvons assister à une tempête d'ondulations péristaltiques et anté-péristaltiques, bien visibles chez ces sujets amaigris, aboutissant à l'évacuation du contenu gastrique par le cardia si le pylore reste obstinément contracturé.

La mobilité de l'estomac peut se trouver restreinte du fait d'adhérences périgastriques. Ces périviscérites rendant la ptose irréductible ajoutent un élément lésion-

nel aux troubles organiques et présentent un intérêt particulier. Outre l'indication opératoire qui peut en résulter, elles sont parfois une contre indication au port d'un appareil orthopédique.

Ces adhérences expliquent encore la continuité du syndrome dont souffrent certains malades. Le syndrome périviscéral ayant pour « caractéristique clinique essentielle, ainsi que l'indique Guttmann (8), la tendance à la soudure des périodes dans l'année, à la soudure des crises dans la journée ».

Les troubles de l'évacuation sont la conséquence logique élémentaire de la ptose qui agit par deux moyens :

par la coudure du canal pylorique et du duodénum souvent intéressé d'une part, et d'autre part

par l'insuffisance motrice, qui, nous l'avons vu, va de pair avec l'atonie.

FAUX SYNDROMES DE PTOSE GASTRIQUE ET PTOSES COMPLIQUÉES

1° Aspect clinique

Nous avons tracé au cours de notre étude de la ptose gastrique la silhouette clinique du malade. Elle est caractéristique.

C'est le plus souvent, ainsi que nous désirons le répéter, une femme grande et mince, d'allure molle et découragée. Elle vient consulter parce qu'elle « souffre de l'estomac ». Elle narre d'interminables plaintes. Elle n'a plus d'appétit, elle ne peut plus faire un pas sans ressentir une vive fatigue. C'est presque une infirme.

A l'examen debout, l'insuffisance de sa musculature abdominale et la chute de son ventre en besace, l'exagération du creux épigastrique et son état spontanément douloureux orientent le diagnostic.

Dès que le médecin palpe son ventre le malade se plaint. Mais la pression est surtout intolérable en un point, toujours le même, qu'il désigne avec un seul doigt et qui est situé sur la ligne médiane au creux épi-

gastrique. Si on lui remonte la masse abdominale, il se déclare immédiatement soulagé. Dès que la contention cesse, la douleur réapparaît, un instant décuplée. C'est le signe de Glénard.

Si le praticien procède par tranches successives, il arrive à déterminer l'endroit précis où la douleur cesse. Il a trouvé la limite inférieure de l'estomac par la recherche de la « douleur-signal » de Leven.

Devant l'écran radioscopique, il verra un organe allongé et atone, se remplissant comme un « vase inerte » se vidant mal et difficilement.

Le port d'une sangle appropriée, la rééducation de la musculature abdominale, le relèvement de l'état général, apporteront le soulagement immédiat et la guérison progressive.

En résumé, on admet actuellement comme caractéristique de la ptose gastrique le soulagemement qu'apporte au patient la contention abdominale. Cette méthode sert à la fois au diagnostic et au traitement.

Or, nous avons observé des malades qui souffraient de l'étage supérieur de l'abdomen, n'étaient pas des ptosiques, mais étaient cependant soulagés nettement par le relèvement de la masse abdominale.

En pratiquant chez ces sujets l'épreuve de Glénard nous avons constaté une cessation de leur douleur, que le relâchement exagérait jusqu'au vertige. Et en même temps ces malades nous désignaient un point douloureux près de l'estomac. Surpris du contraste qu'il y avait entre leur habitus et leur affection présumée nous

avons recherché le bas-fond gastrique par la méthode de Leven. Nous guidant sur ce point qu'on nous désignait et que nous allons décrire, nous avons atteint l'estomac en une place tout à fait normale dans le voisinage de l'ombilic. Complétant notre investigation, nous avons constaté à l'examen radiologique que l'estomac était effectivement normal de forme et de tonicité, que les viscères avoisinants ne présentaient aucun degré d'ectopie et que les intestins étaient parfaitement en place.

Ces malades que soulageait la contention abdominale eussent été des ptosiques paradoxaux, car ils n'en avaient pas l'aspect. Certains d'entre eux, la majorité, étaient des hommes petits et brévilignes, courts et parfois obèses. Leur « ventre de fort » (Sigaud) était loin d'être tombant. Leur activité avait peu à souffrir de leur état. Un seul signe commun aux ptosiques : la palpation de la région stomacale réveillait une vive douleur.

Mais cette fois, elle n'était pas localisée en un point fixe, toujours le même, sur la ligne médiane, mais en des points variables selon les sujets. Ils siégeaient à droite, en dehors du creux épigastrique. Ce n'était pas une douleur solaire, mais une douleur viscérale. L'examen radiologique nous a prouvé, comme vont le démontrer nos observations, qu'il fallait en chercher la raison dans la présence de néoformations de périviscérites, ou de déformations d'origine mécanique ou inflammatoire des ligaments normaux de soutien.

2° Observations

Nous étudierons deux groupes de cas anatomo-cliniques.

Dans le premier, nous avons réuni les observations de faux syndromes de ptose. Chez ces malades nous constaterons un état douloureux rappelant cliniquement la ptose gastrique, mais contrastant souvent catégoriquement avec l'habitus extérieur du sujet et les réalités radiologiques. Nous verrons que nous sommes en présence d'un état lésionnel situé en un ou plusieurs points du carrefour sous-hépatique, sans aucun déséquilibre gastrique. L'application à ces cas des moyens séméiologiques classiques utilisés dans la ptose, nous révélera qu'ils peuvent servir, d'une part, à déterminer la situation du point douloureux organique et d'autre part à constater l'absence indubitable de ptose de l'estomac.

Dans le second groupe nous observerons des situations anatomo-pathologiques encore plus complexes. L'examen radiologique mettra en évidence l'existence concomitante d'une ptose de l'estomac et d'une lésion siégeant dans la région du carrefour sous-hépatique. L'examen clinique fera apparaître deux douleurs, la douleur solaire de la ptose et la douleur viscérale. Mais notre méthode nous amènera à constater que ces deux douleurs spontanées ou provoquées à la palpation disparaîtront si l'on relève le contenu abdominal, c'est à-dire si l'on supprime la traction due à la pesanteur. Si

la contention se relâche, ces deux douleurs réapparaîtront. Ajoutons que la douleur provoquée en dehors d'un point hors du point épigastrique ou solaire, par le relâchement brusque « par surprise » permet de diriger l'exploration dans le décubitus d'une façon efficace.

A) Premier groupe. — **Les faux syndromes de ptose**

Obs. 1. — Voir le calque radioscopique n° 1, tracé en position fronto-verticale.

M. M..., tailleur, 48 ans, taille 1 m. 85, poids 66 kg.

Aucun antécédent à signaler. Porteur d'une hernie inguinale double, aisément réductible.

Maladie actuelle. — Ce malade vient consulter parce qu'il ressent une demi-heure après les repas, depuis quelques temps déjà, une sensation pénible de pesanteur abdominale et de ballonnement.

Lui qui s'était toujours bien porté et qui ne commet aucun excès, ne se sent bien maintenant dans l'après-midi, que lorsqu'il est couché ou lorsque son ventre est solidement maintenu par une large ceinture.

Il a remarqué qu'il éprouve un soulagement immédiat et considérable dès que, souffrant au cours de son travail, il appuie fortement son abdomen contre le rebord de sa table. Le seul symptôme est la gêne post-prandiale.

Examen clinique. — C'est un homme assez gros et de petite taille, à « ventre de fort ».

La pression au creux épigastrique indique l'absence de toute hyperesthésie solaire. Mais à la palpation de l'hypochondre droit nous éveillons une douleur assez vive située un peu au-dessous du rebord des fausses-côtes à environ trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde. Fait singulier, le malade ressent un soulagement et une impression

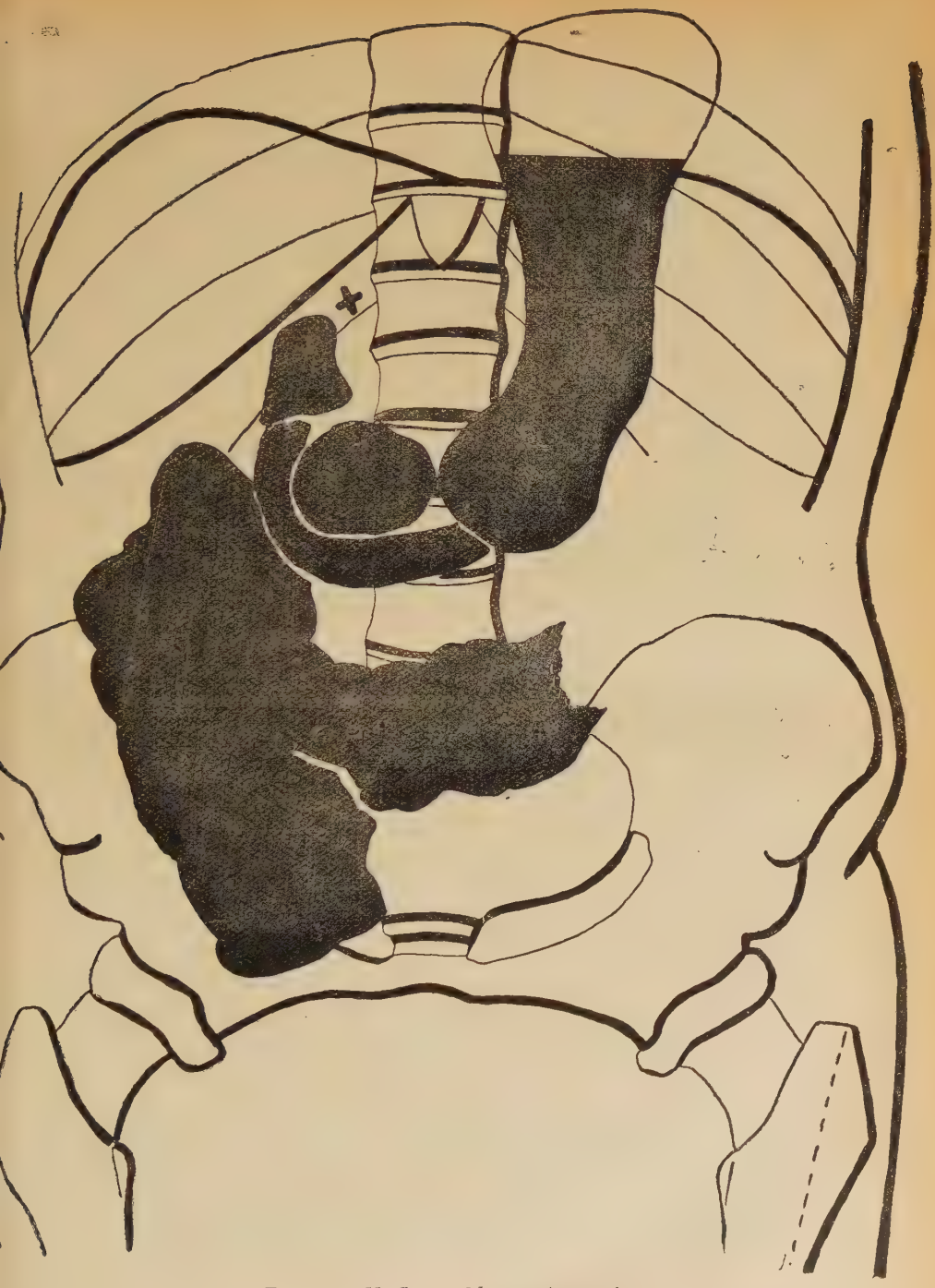

PLANCHE N° I. — *Observation n° 1*

Calque radioscopique en position fronto-verticale. Faux syndrome de ptose

immédiate de bien-être si, pratiquant la manœuvre de Glénard nous remontons les viscères abdominaux. Dès que la contention cesse, il apparaît une sensation de tiraillement localisée au point que nous avons indiqué.

L'observation de cette particularité nous incite à préciser la limite inférieure de l'estomac par la méthode de Leven, en nous servant de cette douleur latérale comme index. Nous constatons que la pression cesse d'être désagréablement ressentie lorsque nous atteignons une ligne horizontale toujours la même passant approximativement un peu au-dessous de l'ombilic. Cette ligne correspond-elle bien à la situation du bas fond gastrique ? Seul l'examen radiologique pourra nous le démontrer.

Examen radiologique. — La première constatation « globale » qui s'impose à l'esprit, c'est que nous n'avons pas affaire à un ptosique.

L'estomac apparaît, après ingestion de bouillie opaque, légèrement oblique à droite et plutôt petit. Sa tonicité et sa contractilité sont normales. Il n'y a donc là aucun signe de ptose.

Le bulbe duodénal n'est pas déformé. Bien rempli et séparé du pylore par un spasme accentué, il affecte la forme bien connue d'un bonnet phrygien. La deuxième portion émergeant de l'ombre bulbaire se continue vers le bas très visible. L'image gastrique ne permet pas d'apercevoir l'angle duodéno jéjunal.

Nous répétons derrière l'écran les manœuvres que nous venons de décrire et nous précisons le siège de la douleur provoquée et la réalité du soulagement dès que l'on relève la limite inférieure du bas-fond gastrique.

Diagnostic. — Nous attribuons à un processus rétractile du petit épiploon gastro hépatique (*Dr Quentin*) (21) la localisation de cette douleur, coïncidant avec la modification de la statique de l'estomac, à laquelle il convient de rattacher la visibilité particulière de la presque totalité du duodénum.

Cette observation est le type des faux syndromes de ptose gastrique.

Les premiers mots du malade attiraient l'attention sur la probabilité d'un déséquilibre viscéral : Il souffrait de troubles post-prandiaux, que soulageait le décubitus horizontal (syndrome orthostatique), et mieux encore, chez lui l'épreuve de la sangle était tellement manifeste qu'il en avait fait l'auto-observation ! Et pourtant... cet homme est l'opposé d'un ptosique. Il est petit, court et gros, c'est le type du bréviligne à « ventre de fort ». Sa paroi abdominale se tient à merveille, sa tonicité gastrique est presque augmentée et son plexus solaire est absolument indolore.

C'est un faux ptosique, justiciable de l'épreuve de la Sangle parce que ces manœuvres relâchent la traction que l'estomac fait subir au ligament gastro-hépatique atteint d'épiploïte rétractile.

Le port d'une Sangle dans un but thérapeutique aura la valeur d'une « médication » symptomatique dirigée contre l'élément douleur et ses équivalents.

Obs. 2. — Voir le calque radioscopique n° 2 tracé en position fronto-verticale.

M. R..., 45 ans, taille 1 m. 56, poids 64 kg.

Aucun antécédent pathologique méritant d'être retenu.

Histoire de la maladie. — Ce malade se présente comme souffrant « de l'estomac » depuis 15 ans ; et, ce disant, il désigne une région englobant l'hypochondre droit et le creux épigastrique. Il se plaint de troubles dyspeptiques continuels ayant commencé insensiblement durant la guerre. Ils affectent le type classique de gêne précoce et demi-précoce,

suivie de vraies douleurs tardives évoluant par crises paroxystiques. De petites hématémèses récentes l'ont particulièrement impressionné.

Syndrome « retardé » (D' Quentin). — Dès la fin du repas, ou, au plus, quelques minutes après, il ressent une gêne épigastrique, une sensation de pesanteur à laquelle succède une brûlure accompagnée d'un état nauséeux. Le malade s'étend pour s'abandonner à une sorte de somnolence troublée par des douleurs abdominales diffuses parcourant tout le ventre.

Syndrome tardif. — Plusieurs heures après les repas, 5 heures environ, le malaise s'accentue encore de sensations de brûlure œsophagienne rétrosternale. Le pyrosis n'est nullement soulagé par les nombreuses éructations qui surviennent alors. Malgré les médicaments calmants et neutralisants que la malade absorbe ce n'est que 6 à 7 heures après les repas que les symptômes ont disparu.

Crises paroxystiques. — Des périodes de crises violentes durant plusieurs jours viennent compliquer de temps à autre cet état permanent. Depuis quelques mois des secousses, les cahots d'une voiture ou d'un tramway en sont parfois l'occasion. Elles apparaissent de préférence le soir, réveillant le malade couché vers 11 heures ou minuit. Il déclare que sa région épigastrique est alors comme « fouillée » par une douleur aiguë intolérable. Il reste courbé en deux, recroquevillé sur lui-même. Il sent que « son repas n'a pas passé » et bientôt il vomit abondamment des matières alimentaires mêlées de glaires visqueux sans être beaucoup soulagé.

Examen clinique. — C'est un homme du type court et obèse. Son aspect constraste avec le syndrome duodénal qu'il présente. Son facies n'est pas le visage amaigri et terreux qu'on a l'habitude de rencontrer. La langue est un peu chargée. Les conjonctives sont nettes et sans traces de subictère.

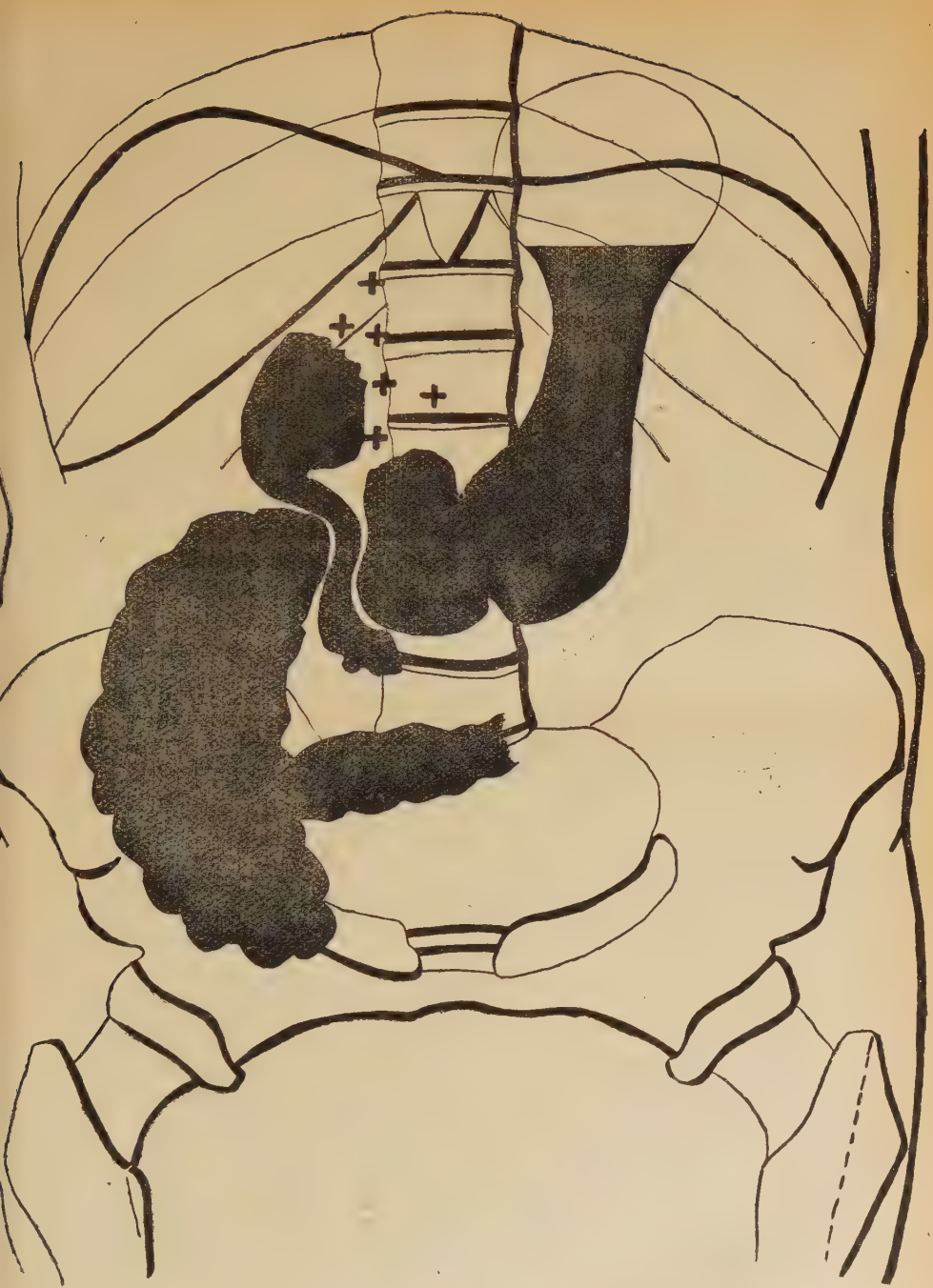

PLANCHE N° II. — *Observation n° 2*
Faux syndrome de ptose

Le ventre est gros et tendu, c'est un « ventre de fort (Sigaud). La palpation est douloureuse dans une zone empiétant à la fois sur l'hypochondre et l'épigastre, à deux travers de doigt au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic.

L'épreuve de la Sangle est positive La douleur spontanée s'atténue par la contention.

L'examen du foie, de la vésicule et des intestins, ne décèle rien d'anormal.

Examen radiologique. — Le malade absorbe un pot de gélobarine 6 heures avant le premier examen qui montre la présence d'un résidu opaque dans la fin de l'iléon, le cæcum et le côlon.

On fait prendre au sujet une nouvelle quantité de bouillie bismuthée. Le remplissage de l'estomac est tout à fait normal et cet organe se présente sous un aspect moyen, même plutôt petit, sans aucun signe de ptose.

La grande courbure est le siège d'une hyperkinésie manifeste.

La partie supérieure droite de l'ombre pylorique présente des irrégularités persistantes Le bulbe duodénal est éloigné et son bord interne présente lui aussi des irrégularités, mais elles sont fugaces. La deuxième portion du duodénum apparaît comme comprimée entre le côlon et le pylore. Elle présente un trajet flexueux à convexité regardant le pylore. Elle donne l'impression de subir la poussée du côlon attiré vers la colonne vertébrale.

Le siège des points douloureux répond à une zone comprise entre le bord interne irrégulier du bulbe duodénal, la partie supérieure du pylore, et une ligne verticale descendante passant par le bord droit de l'appendice xyphoïde. Le signe de Leven montre que le soulagement est bien en rapport avec le soulèvement du bas-fond gastrique.

L'évacuation de l'estomac s'effectue mal. La stase est encore du tiers environ trois heures et demie après l'ingestion d'index opaque.

Diagnostic. — En résumé, l'examen des lésions et l'étude des symptômes nous montre la présence d'un syndrome de pyloro-duodénite compliqué d'ulcérations et de périviscérites rétractiles du petit épiploon étendues au méso côlon.

Dans cette seconde observation, nous avons pu noter le fait que l'épreuve de la Sangle était positive chez un malade dont l'estomac ne présentait aucun signe de ptose.

Elle démontre, avec la précédente, que le syndrome douloureux, provoqué par la méthode du relâchement brusque, était dû en grande partie aux tiraillements que les masses splanchniques font subir aux ligaments de soutien lésés et rétractés par l'inflammation.

Obs. 3. — *M. C.*.., taille 1 m. 72, poids 90 kgr.

Examen clinique. — Ce malade se présente à l'examen comme un homme appartenant au type fort. Son poids est de 90 kgr. et pourtant il aurait beaucoup maigri.

Vers 10 heures du matin et 5 heures du soir il se plaint de sensations de creux à la région épigastrique. Souvent même ces malaises s'accompagnent de vertiges et de tachycardie paroxystique.

Il porte spontanément une ceinture qui le soulage. L'épreuve de la Sangle pratiquée sur ce « ventre de fort » est positive et le relâchement fait apparaître une douleur aiguë dans l'hypochondre droit.

Examen radioscopique. — Nous nous trouvons en présence de signes de pyloro-duodénite.

L'estomac se présente comme une ombre étirée surmontée d'une chambre à air très réduite, mais sans ptose. L'antre pylorique est dilaté et les ondulations sont exagérées à ce

niveau. Le pylore est médian derrière l'ombilic et est le siège d'un spasme assez prolongé.

Le duodénum est déformé, surtout dans la portion descendante où des franges sont particulièrement accentuées.

L'estomac se vide mal, la stagnation est excessivement prolongée. Le pylore lui-même reste visible pendant un temps très anormal.

La douleur à la palpation est localisée en un point siégeant au niveau du bulbe duodénal.

Diagnostic. — Pyloro-duodénite avec périduodénite.

Obs. 4. — *M. R...*, 38 ans, taille 1 m. 70, poids 86 kg.

Aucun antécédent héréditaire. Un frère est mort il y a dix ans de tuberculose pulmonaire.

Histoire de la maladie. — Le passé digestif remonte à l'âge de 21 ans. A cette époque apparaît un état de malaises digestifs, avec douleurs épigastriques, aigreurs, mais conservation de l'appétit.

Après une période de calme de 6 à 7 ans, vers 28 ans, le malade est pris d'un vomissement de sang suivi d'une syncope.

Après des phases successives de calme et de symptômes douloureux il se présente à l'examen.

Examen clinique. — Pour son âge, 38 ans, c'est un homme obèse, dépassant 86 kg. Il avoue être fort mangeur et fort buveur de bière.

A l'exploration du ventre, on trouve à la palpation un point exquis dans l'hypochondre droit. Cette douleur, bien localisée, disparaît par l'épreuve de la Sangle.

L'examen du foie, de la vésicule ne révèle rien à signaler.

Examen radioscopique. — Cet examen confirme le passé duodénal du malade.

En position verticale l'estomac apparaît petit, presque hypertonique.

Le duodénum est déformé, son bulbe est frangé. Il paraît

fixé dans une position immuable. La deuxième portion dépasse à peine l'ombre pylorique.

L'épreuve de la Sangle suivie du relâchement brusque font apparaître une douleur localisée au niveau du bord externe du bulbe duodénal, là où se trouvent ces franges signalées plus haut.

Diagnostic. — Duodénite compliquée d'ulcérations et de périduodénite adhésive fixant l'organe.

Obs. 5. — *Mme le C...*, 35 ans, 1 m. 49, 60 kg.

Petite femme obèse ayant toujours souffert de troubles d'évacuations semi-précoces et de mauvaises digestions des graisses et des œufs. La vésicule est le siège de pincements.

Le signe de la Sangle est positif et le relâchement brusque fait apparaître une douleur située au niveau des fausses côtes entre le point vésiculaire et le sternum.

Radioscopiquement : estomac petit, hyperkinésie. Duodénum tiré vers le haut et douloureux au niveau du bulbe.

Diagnostic : état congénital de rétraction douloureuse du petit épiploon (*Dr Quentin*).

Obs. 6. — Voir le calque radioscopique n° 2, tracé en position fronto-verticale.

Mme B..., 44 ans.

Cette malade a été opérée il y a un an, par radiothérapie, d'un fibrome de l'utérus qui saignait beaucoup.

Histoire de la maladie. — Le passé digestif serait à peu près nul si la maladie ne signalait pas de petites crises de constipation accompagnées de nausées qui se produisirent à plusieurs reprises depuis de nombreuses années. Il y a 4 ou 5 ans, elle fut prise de diarrhées cæco-coliques ayant l'aspect de jaunes d'œufs délayés et présentant une réaction fortement acide. Brusquement s'installa un syndrome de subocclusion colique avec suppression de l'appétit, état

nauséeux et vomissements nocturnes vers 3 à 4 heures du matin.

Examen clinique. — Actuellement on constate seulement un ventre tombant, avec une douleur qui paraissait duodénale, parce qu'elle siégeait à droite de l'ombilic et qu'il n'y avait à vrai dire aucun autre signe d'autres lésions.

Mais cette douleur présentait cette particularité d'être soulagée par l'épreuve de la Sangle et de réapparaître très violente sous l'effet du relâchement brusque. L'examen radioscopique nous a montré qu'elle siégeait au niveau d'une rétraction inflammatoire du mésentère (*Dr Quentin*).

Examen radioscopique. — L'estomac un peu étroit paraît normal de forme et de situation, comme de tonicité. Le duodénum paraît normal. Le cæco-colon présente une ombre fort étonnante au premier abord. Le cæcum est comme recourbé vers le haut et projeté jusque contre le duodénum au niveau de la portion descendante.

Diagnostic (*Dr Quentin*). — Mésentérite rétractile, accompagnée d'épiploïte adhésive consécutive à une colite ancienne, produisant une véritable inversion du cæcum.

Les observations que nous venons de produire exposent clairement que l'on peut, dans certaines circonstances, tirer de l'épreuve de la Sangle, d'autres renseignements que ceux qui se rapportent à la ptose gastrique. Cette méthode qui repose sur le soulagement de la douleur solaire, constatée au creux épigastrique, par la contention abdominale, et sur sa réapparition intensifiée lors du relâchement brusque, peut mettre en évidence d'autres douleurs localisées en d'autres points.

Ces douleurs siègent en des endroits variables, au niveau d'une lésion qui en est la cause organique. Cette lésion consiste en néoformations de périviscérites et en

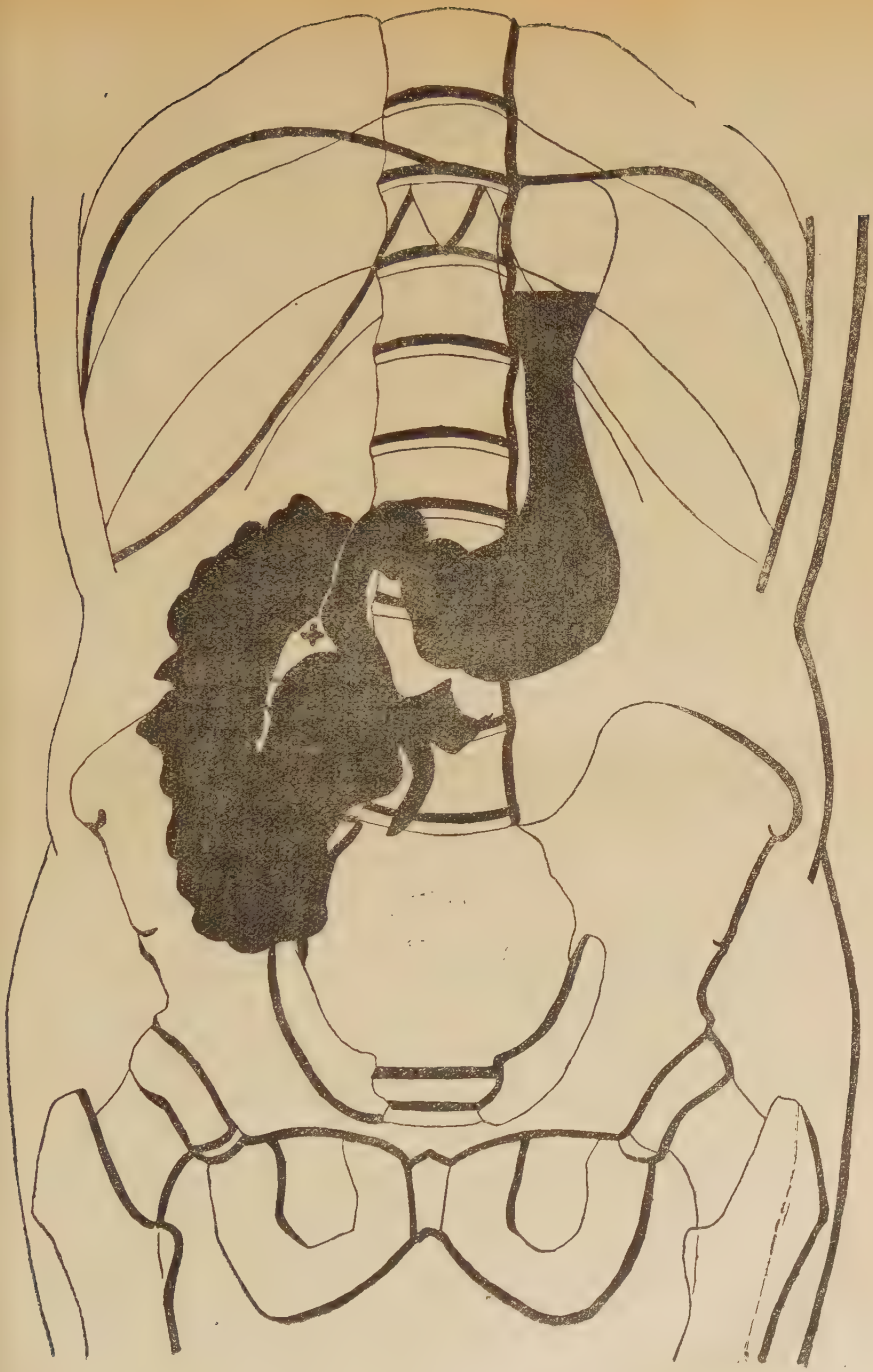

PLANCHE N° III. — *Observation n° 6*
Faux syndrome de ptose

rétractions inflammatoires ou cicatricielles des ligaments normaux de soutien.

L'épreuve de la Sangle peut donc être positive dans des cas anatomo-pathologiques où il n'y a pas de ptose. Ce fait constituerait une cause d'erreur pour le diagnostic, si le praticien n'avait la précaution indispensable de déterminer avec exactitude le siège de la douleur, caractère qui revêt ici une importance absolument primordiale.

L'épreuve de la Sangle appliquée systématiquement à l'étude des lésions du carrefour sous-hépatique et de l'abdomen en général est certes bien loin d'être toujours positive, même lors d'une période aiguë. Lorsqu'elle s'est présentée au cours d'un premier examen en pleine crise, l'expérience nous a démontré qu'elle peut disparaître sous l'influence du repos et du traitement médical. Mais, dans ce cas, il sera presque toujours possible de réveiller la douleur éteinte par la succession rapide et rapprochée d'alternatives de contentions abdominales et de relâchements brusques.

Nous devons ajouter qu'il nous a paru plausible, lorsque nous rencontrerons à l'avenir une douleur viscérale soulagée par l'épreuve de la Sangle, de considérer cliniquement ce point de repère anormal comme un index fidèle dans la recherche de la limite inférieure de l'estomac. Autrement dit, nous pensons être fondé à appliquer la méthode de la « douleur-signal » de Leven, aux périviscérites douloureuses du carrefour sous-hépatique ; parce que nous avons dûment constaté que la disparition des douleurs coïncide exactement, comme

celle de la douleur solaire de la ptose avec le relèvement du bas-fond gastrique. Cette certitude est un élément complémentaire dans le diagnostic des faux syndromes de ptose.

B) Deuxième groupe. — **Les ptoses compliquées**

Obs. 7. — Voir le calque radioscopique n° 4 tracé en position fronto-verticale.

Mlle Le Q..., institutrice, 48 ans, taille 1 m 62, poids 54 kg. Passé digestif nul. Aucun antécédent à signaler.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à 9 ans, marqué par une atteinte de gastro-entérite (embarras gastrique fébrile) durant une quinzaine de jours, accompagnée d'un léger ictère. En même temps apparaissaient des douleurs sous les fausses-côtes droites, ne semblant pas rythmées par les repas mais singulièrement augmentées par les secousses (voyage), les efforts et l'ingestion de certains aliments comme les graisses, les œufs et les petits pois. Depuis cette époque la constipation devint habituelle.

Puis il y a 5 ou 6 ans, la malade se mit à souffrir une dizaine de minutes après les repas d'une gêne assez pénible dans la région gastrique qui s'atténuait progressivement.

Elle resta un an sans souffrir davantage puis elle fut de plus en plus gênée après les repas et d'autant plus qu'ils étaient plus abondants et plus riches en graisses. Elle signale même certaines sensations de crampe ressenties à environ 3 heures des repas.

Elle se mit alors, non seulement, à perdre en partie l'appétit, mais à se rationner sévèrement. Le moindre excès était immédiatement suivi d'une crise. Cette crise durait une demi-heure à 3/4 d'heure puis « ça passait tout d'un coup ». Les efforts qu'elle faisait pour vomir et se soulager restaient vains.

Cet état douloureux, le manque d'appétit et les privations que son régime lui imposait la firent maigrir beaucoup. Son poids antérieur de 66 kg. est devenu aujourd'hui de 54. Avec l'amaigrissement apparaissaient des douleurs fixes et spontanées siégeant au milieu et à droite de l'étage supérieur de l'abdomen avec prédominance vers la ligne médiane.

Examen clinique. — C'est une personne assez grande, du type long et maigre, une longiligne. L'habitus extérieur est celui d'un ptosique l'hypogastre tombant contraste avec l'épigastre « déshabité » (*Dr Quentin*).

La palpation du ventre est facile. Nous trouvons plusieurs points douloureux à la pression profonde : le plexus solaire au niveau du creux épigastrique manifeste son irritation par un point exquis.

Dans l'hypocondre droit, il est aisé de mettre en évidence un siège douloureux constitué par une zone parallèle à la ligne médiane à environ trois travers de doigt de distance, longue de trois à quatre travers de doigt. Le point vésiculaire est également assez sensible.

L'épreuve de la Sangle est positive et soulage les localisations spontanément douloureuses. Le relâchement fait réapparaître le point solaire et la zone ci-dessus définie.

Examen radioscopique. — Nous nous trouvons en présence d'un allongement considérable de l'axe longitudinal de l'estomac. Le bas-fond est situé notablement au-dessous de la ligne bis iliaque. La forme générale est cylindrique. Nous constatons que l'évacuation est lente et s'effectue avec des efforts ondulatoires particulièrement intenses dirigés vers un spasme pylorique qui se dessine obstinément.

Le bulbe duodénal est exagèrement étiré vers le haut et ressemble à un éperon aigu dirigé vers le thorax. La gélobarine passe mal. On a l'impression, selon la description de Pierre Duval, Jean-Ch. Roux et Béclère (16), dans leur ouvrage sur le duodénum, que l'organe « est enserré dans un filet à mailles plus ou moins larges, qu'il peut distendre

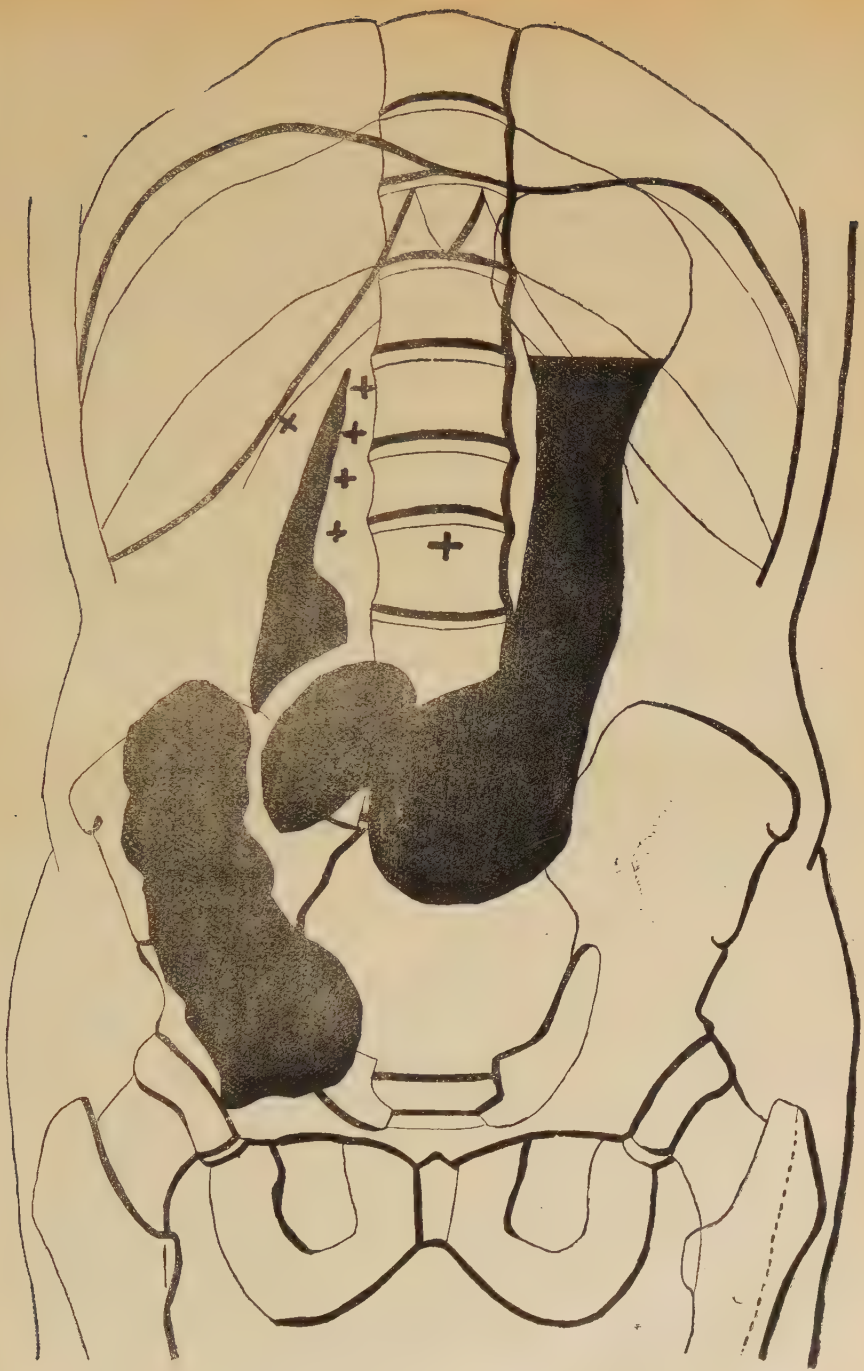

PLANCHE N° IV. — *Observation n° 7*
Ptose vraie avec péricholécysto-duodénite

tantôt à droite, tantôt à gauche sans jamais pouvoir le rompre pour prendre son calibre et sa forme normaux ». La partie inférieure de l'ombre bulbaire est dilatée.

La palpation sous le contrôle des rayons X est douloureuse au creux épigastrique et sur une zone latérale au rachis, longeant le bord interne du bulbe étiré. Le point vésiculaire est également sensible.

L'épreuve de la Sangle et le relâchement brusque confirment en tous points l'examen clinique.

L'estomac se vide en trois heures. Au bout de 18 heures l'ombre opaque apparaît au niveau du cæco-colon.

Diagnostic (*Dr Quentin*). — Cholécystite primitive suivie de péricholécystite et de périduodénite biliaire déformante. Gêne d'évacuation duodénale secondaire aux périviscérites inflammatoires et à la rétraction sténosante du petit épiploon. Ptose de l'estomac par amaigrissement :

En un mot : péricholécysto-duodénite avec ptose de l'estomac concomitante.

La preuve de la rétraction du petit épiploon nous paraît fournie par la position singulièrement haute de la pointe duodénale par rapport à l'ombre colique de l'angle droit.

Cette observation complexe nous rappelle l'opinion formulée en 1904 par Tripier et Paviot (17) : « C'est le processus de péritonite sous-hépatique qui est le plus capable de réaliser, en dehors des lésions organiques des organes, les grands estomacs douloureux et clapotants, s'accompagnant de troubles profonds de la nutrition ».

Nous pourrions citer de nombreux travaux. Ce sujet nous paraît bien mis au point dans les thèses de Toulouse (18) et de Chappel (19). Il sera facile de se reporter à leurs références bibliographiques.

Constatons que l'application clinique de notre méthode à cette situation fort difficile nous a permis de mettre en évidence à la fois la douleur solaire de la ptose et les douleurs viscérales avec lesquelles on aurait pu la confondre.

Mentionnons encore un fait assez caractéristique de notre observation :

Les douleurs soulagées par la sangle ne sont apparues au cours de l'évolution qu'après l'amaigrissement considérable de la malade. En même temps et parallèlement s'installait le syndrome solaire propre à la ptose.

Cette particularité met bien en évidence le rôle que la traction exerce sur la douleur dans les périviscérites.

Obs. 8. — Voir le calque radioscopique n° 5 tracé en position fronto-verticale.

Mme T...; 26 ans, taille 1 m. 67 ; poids : 52 kg.

Jeune femme de 26 ans sans hérédité digestive. A été dangereusement atteinte dans le jeune âge de diarrhée verte. C'est là tout son passé pathologique. Elle s'est mariée et a un enfant de 3 ans.

Histoire de la maladie. — L'année dernière, à la suite d'ingestion de moules elle a été prise d'une crise de gastro-entérite avec fièvre modérée qui dura 4 à 5 jours sans dépasser 38°. Les symptômes fonctionnels principaux, outre les coliques, consistèrent en nausées suivies de vomissements de bile et en diarrhée. Sa mère a été atteinte en même temps mais s'est très bien guérie. Au contraire, la malade, après une période de calme présenta des douleurs à type duodénal, quotidiennes et survenant après les repas. Elles duraient parfois 4 à 5 heures. Les efforts, les mouvements les augmentaient. Elles cessaient assez brusquement,

cette terminaison coïncidant peut-être avec la fin du transit gastro-duodénal.

Examen clinique. — C'est une jeune femme au teint pâle, grande et maigre. Elle appartient au type longiligne. L'état général paraît assez altéré et les mouvements dénotent une certaine asthénie.

L'exploration manuelle du tube digestif éveille une douleur située dans le creux épigastrique qui, du reste, est nettement exagéré. Outre cette hyperesthésie solaire on constate une sensibilité assez étendue et des plus vives de la région duodénale.

L'épreuve de la sangle est positive. Le signe de Leven indique que le bas-fond gastrique est situé bien en dessous de sa position moyenne normale.

Examen radioscopique. — Nous confirmons derrière l'écran la réalité de la ptose. La limite inférieure de l'estomac dépasse considérablement la ligne bis-iliaque. Le grand diamètre longitudinal est augmenté et l'atonie est très nette. Un spasme pylorique prolongé.

Le duodénum présente des signes manifestes de périduodénite. Le bulbe est étiré vers le haut et coudé brusquement La partie descendante est frangée et douloureuse.

L'épreuve de la sangle combinée au relâchement brusque fait apparaître une douleur épigastrique assez modérée dont l'intensité est dépassée par une ligne vivement sensible, contiguë au bord externe du duodénum déformé.

L'estomac se vide mal et avec retard.

Diagnostic. — Duodénite aiguë suivie de péri-duodénite avec ptose de l'estomac.

Obs. 9. — *M. J...*, 35 ans, 1 m. 70, 65 kilog.

Cet homme se présente comme ayant un appétit conservé, mais commençant à souffrir une heure environ après les repas, sauf la nuit. Il décrit des sensations de pesanteurs gas-

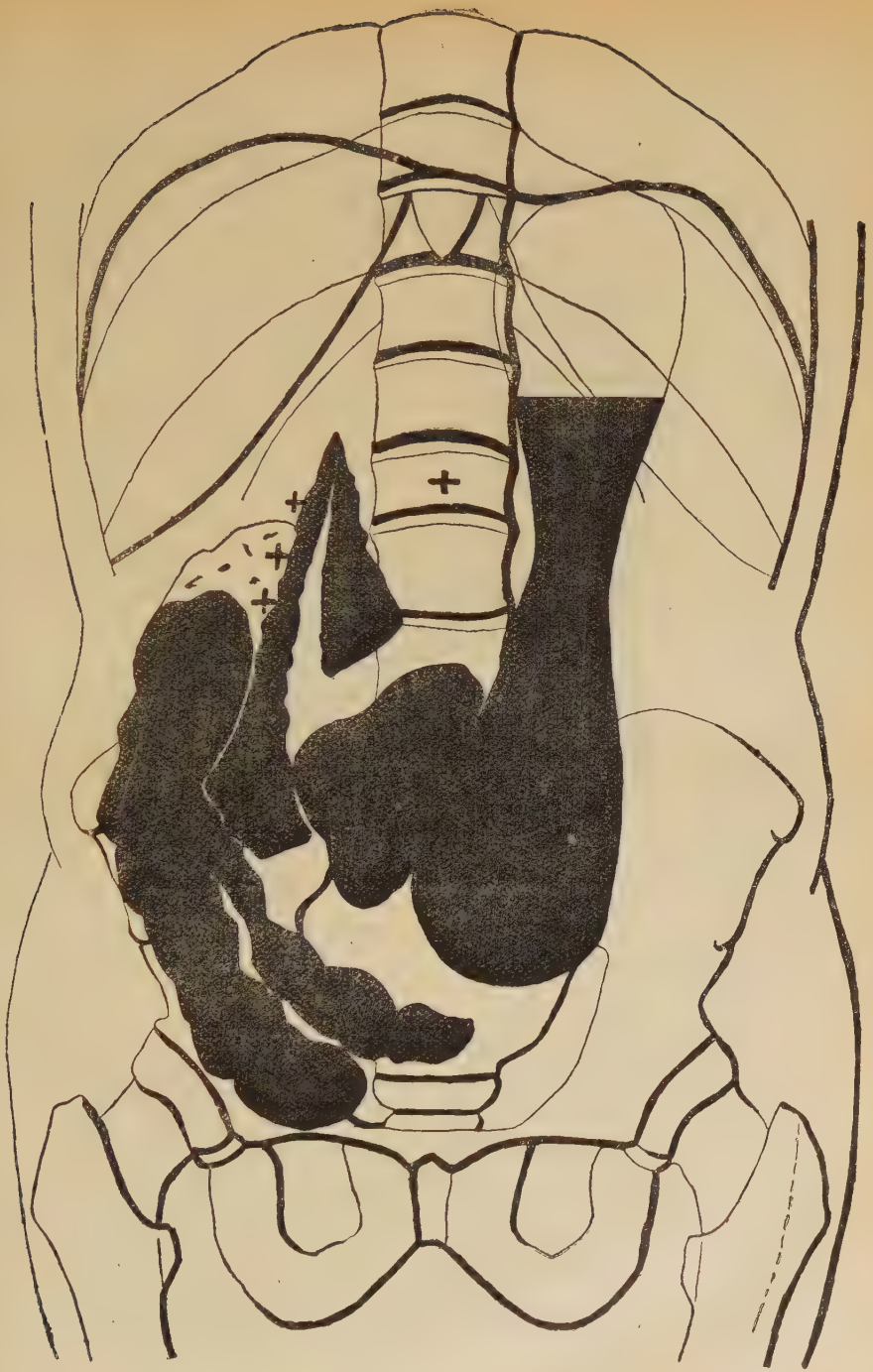

PLANCHE N° V. — *Observation n° 8*
Ptose vraie avec périduodénite

trique, de ballonnement abdominal et de courbatures paradoxales. Il signale quelques rares aigreurs et aussi tout un ensemble de signes intestinaux se rapportant à la typhlo-appendicite chronique.

Il est amené à consulter parce que ces jours derniers il a été pris la nuit, trois heures après le repas du soir, d'une crise douloureuse qui dura plusieurs heures et au cours de laquelle il essaya mais en vain de se soulager en vomissant.

Examen clinique. — Douleurs dans la région duodénale avec signe de la Sangle.

Examen radioscopique. — Estomac assez notablement allongé dépassant la ligne unissant les crêtes iliaques, contrastant avec une certaine hyperkinésie. Pas de signe de la sangle au creux épigastrique. Plexus solaire absolument insensible.

Le duodénum porte des signes typiques de déformation du bulbe due à l'ulcère. Il est le siège d'une douleur que soulage l'épreuve de la sangle et que le relâchement brusque exagère.

Diagnostic. — Ulcère du duodénum avec périduodénite et ptose légère (*Dr Quentin*).

Obs. 10. — Voir calque radioscopique n° 6 tracé en position fronto-verticale.

Mme B... Emilie, 50 ans.

Cette malade a toujours souffert du ventre et de l'estomac. Il y a deux ans elle a été opérée d'un fibrome de l'utérus, depuis cette époque elle présente les petits troubles habituels de la ménopause : bouffées de chaleur, etc..,

Actuellement elle se plaint de pesanteurs gastriques dès qu'elle sort de table. Ces malaises s'exagèrent en souffrances plus vives après deux heures environ et durent parfois plusieurs heures. De plus c'est une constipée.

Examen clinique, — C'est une femme maigre dont l'habi-

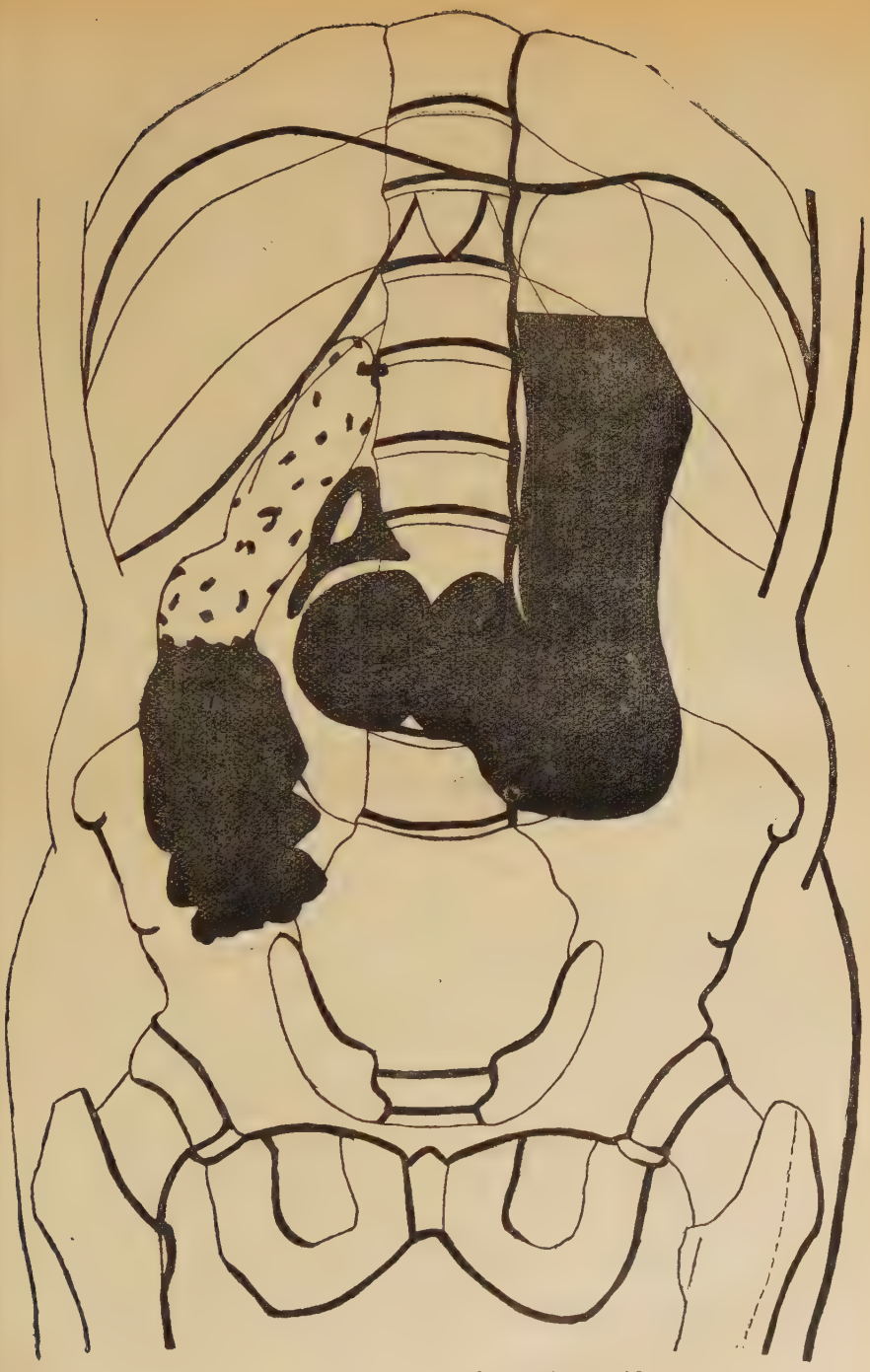

PLANCHE N° VI. — *Observation n° 10*
Ptose vraie avec péricolite

tus est assez caractéristique des ptosiques secondaires. L'épreuve de la Sangle soulage une douleur latérale et le relâchement brusque en provoque la réapparition intense. Contrairement à notre attente nous ne trouvons aucune sensibilité anormale du plexus solaire.

Examen radioscopique. — L'estomac est long, la chambre à air très discrète et le bas-fond est situé notablement au dessous de la moyenne.

Le duodénum est bien visible. Le bulbe est étalé à sa base. Le sommet est coupé par un spasme énergique. L'organe paraît comprimé par une masse claire sus-jacente qui est l'image du côlon gazeux.

Les douleurs siègent au niveau de la masse gazeuse colique et de la zone duodénale comprimée. Elles sont soulagées par la contention expérimentale et exagérées par le relâchement brusque.

Le retard à l'évacuation est notable. Au bout de deux heures, le tiers du contenu gastrique est encore visible.

Diagnostic. — Colite droite ancienne avec rétractions et déformations angulaires dues aux périviscérites.

***

Il y aurait peu à ajouter à la suite de cette seconde série d'observations de ptoses et de lésions organiques concomitantes, si précisément, cette association morbide ne se présentait au clinicien avec certains signes physiques comparables.

Nous avons groupé sous le nom générique de « ptoses compliquées » un cas de péricholécysto-duodénite, un cas de duodénite avec périduodénite et un cas de colite avec péricolite, chacun d'eux étant associé à une ptose de l'estomac. Dans tous ces ensembles pathologiques,

l'épreuve de la sangle, nous l'avons vu, soulage les douleurs spontanées, apportant au patient le bien-être immédiat que Glénard a caractérisé. Nous avons aussi précisé les sièges respectifs de ces douleurs spontanées et provoquées en pratiquant sur elles la méthode de Leven, c'est-à-dire en combinant contention et relâchement brusque. Nous avons constaté la dualité des localisations douloureuses ; l'une appartenant au plexus solaire irrité par la ptose, et l'autre étant le propre de la lésion d'un viscère et des adhérences de périviscérites.

Nous avons reçu, chemin faisant, une certaine leçon de modestie. Deux de nos malades bien que ptosiques vrais n'offraient aucune sensibilité épigastrique. Ils présentaient au médecin qui contrôlait la réalité de leur ptose un signe de la sangle bien étrange à douleur « décalée » vers la droite.

En résumé, nous pouvons affirmer que l'épreuve de la sangle combinée à la recherche de la « douleur-signal » de Leven, peut révèler la présence de deux ou plusieurs points simultanément douloureux, lorsqu'il y a coexistence d'une ptose et d'une lésion viscérale. Le point de repère indispensable pour le praticien nous l'avons indiqué plus haut, et Leven l'a signalé depuis longtemps. C'est le siège exact de la douleur par rapport à la ligne médiane.

Dans ces situations complexes, il est évident que l'on pourra espérer, par le port de la sangle, faire disparaître les symptômes inhérents à la ptose. Mais, natu-

rellement, nous ne saurions avoir la prétention d'améliorer par ce seul procédé un état lésionnel véritable qui peut créer un barrage mécanique par coudure ou diminution du calibre intestinal.

CONCLUSIONS

I. — L'idée de Fr. Glénard a été particulièrement féconde. Elle a créé un instrument qui, entre les mains d'un clinicien averti, a toujours donné, dans l'étude des ptoses gastriques, des résultats semblables à eux-mêmes.

II. — Mais, dans certaines circonstances, on peut tirer de cette épreuve de la sangle d'autres signes que ceux qui se rapportent à la ptose gastrique.

Cette méthode qui repose sur le soulagement de la douleur solaire, au milieu du creux épigastrique, par la contention abdominale et sur sa réapparition intensifiée lors du relâchement brusque, peut mettre en évidence d'autres douleurs, localisées en d'autres points.

III. — Ces douleurs siègent en des endroits variables selon les sujets, toujours situées au niveau d'une lésion, alors que la douleur solaire est uniquement l'expression d'un trouble fonctionnel, elles traduisent elles, la présence d'une cause organique.

Cette lésion consiste en néoformations de périviscé-

rites ou en rétractions inflammatoires d'abord, puis cicatricielles, des ligaments normaux de soutien.

IV. — L'épreuve de la sangle peut donc être positive dans des cas anotomo-pathologiques où il n'y a pas de ptose. Ce fait constituerait une cause d'erreur pour le diagnostic, si le praticien n'avait la précaution de déterminer avec exactitude le siège de la douleur, caractère qui revêt ici une importance absolument primordiale.

L'épreuve de la sangle peut révéler la présence de plusieurs points simultanément douloureux, soit qu'il y ait à la fois une ptose gastrique et une lésion viscérale, soit que cette dernière présente plusieurs localisations.

V. — L'épreuve de la sangle appliquée systématiquement à l'étude des lésions du carrefour sous-hépatique est certes bien loin d'être toujours positive, même lors d'une période aiguë.

Lorsqu'elle s'est présentée au cours d'un premier examen en pleine crise, elle peut disparaître sous l'influence du repos et du traitement médical. Mais, dans ce cas, il sera presque toujours possible de réveiller la douleur éteinte par la succession rapide et rapprochée d'alternatives de contentions abdominales et de relâchements brusques.

VI. — Le signe de Glénard, appliqué à la douleur viscérale, peut donc être d'une certaine aide au clinicien

dans le diagnostic des faux syndromes de ptose de l'estomac et des ptoses compliquées de périviscérites et de rétractions des ligaments de soutien.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

(1) F. Glénard. — Les ptoses viscérales, Masson, éditeur, 1899.

(2) G. Leven. — Diagnostic radiologique de la ptose gastrique (*Presse Médicale*, 1906, n° 74, et La Clinique, 28 janvier 1910).

(2) Leven. — La Douleur-Signal (*La Clinique*, 6 janvier 1911 et *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 25 janvier 1919).

(2) Leven. — Les symptômes ortho-statiques en pathologie gastrique (*Paris Médical*, 28 avril 1917 et *Presse Médicale*, 18 février 1918).

(2) Leven. — La Dyspepsie, Doin, Edition, Paris, 1922.

(3) Martini et Comas. — *Bulletin Médical*, 1927, n° 32.

(4) Faroy. — *La Médecine*, juillet 1923, n° 10.

(4) Faroy. — *Le Monde Médical*, 1er novembre 1927, n° 718.

(4) Faroy. — *Paris Médical*, 2 avril 1927, n° 14.

(4) Faroy. — *Le Monde Médical*, février-mars 1928, n° 725.

(5) Chevalier. — *Thèse Paris*, 1928.

(6) Gazagnaire. — *Thèse Paris*, 1911.

(7) Colaneri. — *Thèse Paris*, 1919.

(8) G. Durand. — *Traité de pathologie Médicale*, Col. Sergent-Ribadeau-Dumas.

(9) Guttmann — Les syndromes douloureux de la région épigastrique, Doin, 1930.

(10) Enriquez. — Séquelles de l'appendicectomie (*Acad. de Méd.*, 16 mars 1920).

(10) Enriquez et Carrie. — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vasiculo-duodéno-pylorique *Journ. Médical français*, n° 1, janvier 1923).

(10) Enriquez, G. Durand et Keller. — Diagnostic des affections du carrefour sous-hépatique par la méthode des radiographie en série (*Société Médicale des Hôpitaux*, Paris, 21 juillet 1922).

(11) Gannat. — *Thèse Paris*, 1926).

(12) Pascault. — L'arthritisme par suralimentation, Maloine, éditeur, Paris, 1907.

(12) Pascault. — La dyspepsie simplifiée (*La Clinique*, Paris, 1927).

(12) Pascault. — *Le Monde Médical*, 15 juin 1930, n° 772.

(13) Léopold-Lévi. — Vue générale sur l'endocrinologie Martial, 1929. Nervosisme et glandes endocrines (*L'Esprit Médical*, juin 1930 et suivants).

(14) Loeper. — Leçons de pathologie digestive, Masson.

(15) De Luna. — *Marseille Médical*, 15 août 1926, n° 23.

(16). Pierre Duval, Jean Ch. Roux, Béclère. — Etude médico-radio-chirurgicales sur le duodénum, Masson, 1924.

(17) Tripier et Paviot. — La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire (*Collection Léauté*, 1904).

(18) Toulouse. — *Thèse Paris*, 1927.

(19) Chappel. — *Thèse Paris*, 1927. Contrib. à l'étude des périviscérites du carrefour sous-hépatique.

(20) Follet. — Leçons Cliniques à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

(21) Quentin. — Ptose segmentaire du duodénum (*Bul. de la Société Scientifique de Bretagne*, t. III, fasc. 2, 1926).

(21) Quentin. — Estomac ou foie ? (*Essor Médical*, octobre 1928. n° 9).

(21) Quentin. — Les ulcérations duodénales (*Soc. Scientif. de Bretagne*, t. VI, fasc. 1, année 1929).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. Introduction 9

II. Division du sujet 12

III. Historique 14

IV. Etude de la ptose gastrique 17

1° Définition 17

2° Etiologie. Pathogénie 18

3° Symptomatologie 19

a) Examen somatique du ptosique 19

b) Les signes fonctionnels, leur valeur 23

1° Le syndrome solaire 24

2° — hépatique 26

3° — duodénal 27

4° — intestinal 27

5° — de périviscérites surajouté 28

c) Les signes radiologiques 28

1° L'estomac normal 29

2° Le type moyen d'estomac ptosé 31

V. Faux syndromes de ptose gastrique et ptoses compliquées 34

1° Aspect clinique 35

2° Exposé des observations 37

a) Premier groupe. Les faux syndromes de ptose 38

b) Deuxième groupe. Les ptoses compliquées .. 51

VI. Conclusions 63

VII. Bibliographie 67

1930. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.